

## VD\_FINDINFO Jug / 2012 / 247 vom 19. September 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-09-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Jug\\_\\_\\_2012\\_\\_\\_247](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2012___247)

FR: VD\_FINDINFO Jug / 2012 / 247 du 19 septembre 2012

IT: VD\_FINDINFO Jug / 2012 / 247 del 19 settembre 2012

### Regeste

DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ, ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE,  
COMPÉTENCE RATIONE MATERIAE | 12 al. 2 LAMal, 12 al. 3 LAMal, 94 al. 1 let. a  
LPA-VD, 404 CPC (CH)

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 19.09.2012 Jug / 2012 / 247

DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ, ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE,  
COMPÉTENCE RATIONE MATERIAE | 12 al. 2 LAMal, 12 al. 3 LAMal, 94 al. 1 let. a  
LPA-VD, 404 CPC (CH)

TRIBUNAL CANTONAL AMC 4/12 - 17/2012 ZN12.025134 COUR DES  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Jugement du 19 septembre 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Di  
Ferro Demierre, juge unique Greffière : Mme Mestre Carvalho \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : L. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse, représentée par F. \_\_\_\_\_, à [...], et  
Y. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA, à [...], défenderesse. \_\_\_\_\_ Art. 404  
CPC; art. 12 al. 2 et 3 LAMal; art. 94 al. 1 let. a LPA-VD E n f a i t : A. L. \_\_\_\_\_  
(ci-après : l'assurée), née en 1955, est affiliée auprès d'Y. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA  
(ci-après : la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins avec, pour 2011, une franchise  
annuelle s'élevant à 300 fr. L'intéressée dispose par ailleurs d'une assurance complémentaire  
de soins auprès de J. \_\_\_\_\_ Assurances SA, se présentant de la manière suivante en 2011  
(cf. attestation d'assurance du 15 octobre 2010) : " [...] S. \_\_\_\_\_ Conditions d'assurance  
du 1.7.2000 du 01.01.2011 au 31.12.2011 [...] Assureur : J. \_\_\_\_\_ Assurances SA  
Maladie/Accident Couverture Fr. 100'000.- Echéance: 31.12.2011, avec prolongation tacite  
d'une année [...]" Par écrit du 28 février 2011, l'assurée a informé la caisse qu'elle avait été  
hospitalisée auprès de la Clinique C. \_\_\_\_\_, à D. \_\_\_\_\_ (Buenos Aires, Argentine),  
au cours de ses vacances, et qu'elle transmettrait ultérieurement les factures y relatives. A ce  
courrier était joint un certificat médical non daté établi par la Dresse H. \_\_\_\_\_, de la  
clinique précitée. Il ressortait de ce document que l'intéressée avait été hospitalisée le 16  
janvier 2011 en raison d'une pneumonie aiguë grave (« neumonia aguda grave de la  
comunidad »), et qu'elle avait pu quitter la clinique le 25 janvier 2011 suite à une  
amélioration objective et subjective de son état, après s'être notamment vue prescrire des  
médicaments (amoxiciline et acide clavulanique) ainsi que du repos. Par correspondance du  
21 mars 2011, l'assurée a réclamé à la caisse le remboursement d'un montant de 8'292 fr. 80  
relatif aux frais de traitement occasionnés en Argentine. A cet effet, elle a produit une note  
de frais datée du 25 janvier 2011 et émanant de la « Fondation Q. \_\_\_\_\_ » (fondation  
rattachée à la Clinique C. \_\_\_\_\_) pour un montant de 24'363 pesos argentins (ARS)  
concernant l'hospitalisation susdite, ainsi qu'une quittance visée le même jour par un

médecin de la Clinique C. \_\_\_\_\_ et attestant le paiement au comptant de cette somme. Elle a également transmis une facture émise le 16 janvier 2011 par l'infirmière G. \_\_\_\_\_ pour des soins dispensés 17 heures par jour en clinique du 16 au 25 janvier 2011 à hauteur de ARS 4'500, ainsi qu'une note de frais établie le 25 janvier 2011 par l'infirmière Z. \_\_\_\_\_ concernant une prise en charge à domicile 17 heures par jour du 25 janvier au 8 février 2011 à concurrence d'un montant de ARS 8'250. Il ressort ce qui suit d'une note manuscrite non datée, apposée par un collaborateur de la caisse sur le courrier précité : "Selon téléphone du 30.03.11 avec l'assurée, elle m'a confirmé qu'elle avait demandé à avoir une infirmière à ses côtés durant la journée car elle ne voulait pas rester seule. Expliqué que nous refusons ces frais." Le 4 avril 2011, la caisse a adressé à l'assurée un décompte de prestations (n° [...]) relatif aux frais médicaux encourus en Argentine pour un montant total de 8'731 fr. 50. Aux termes de ce document, la caisse acceptait de rembourser la somme de 4'797 fr. au titre de l'assurance obligatoire des soins, ce montant correspondant aux frais d'hospitalisation proprement dits (ARS 24'363, soit 5'730 fr. 20), sous déduction de la franchise (233 fr. 55), de la quote-part de 10% à charge de l'intéressée (549 fr. 65) et de la taxe journalière (150 fr.). En revanche, la caisse refusait de rembourser le solde de 3'001 fr. 30 concernant les soins infirmiers dispensés du 16 au 25 janvier 2011 à hauteur de 1'058 fr. 40 (ARS 4'500) puis du 25 janvier au 8 février 2011 à concurrence de 1'942 fr. 90 (ARS 8'250), motif pris que ces frais se rapportaient à des traitements volontaires qui ne relevaient pas de l'assurance obligatoire des soins. Par écriture du 2 mai 2011, l'assurée a invité la caisse à revoir sa position quant au non remboursement des deux notes de frais relatives aux soins infirmiers dispensés en Argentine, faisant en substance valoir que ces factures n'étaient pas liées à des traitements volontaires. Ainsi, elle a allégué d'une part que la note de frais de ARS 4'500 concernait des soins qui s'étaient avérés indispensables durant son hospitalisation du 16 au 25 janvier 2011. D'autre part, elle a soutenu que la facture de ARS 8'250 avait trait à des visites quotidiennes effectuées par une infirmière sur ordre médical après qu'elle eût convenu avec son médecin de rentrer à domicile pour éviter les coûts d'une hospitalisation prolongée. L'intéressée s'est pour le surplus référée aux prestations devant être prises en charge par son assurance-maladie complémentaire S. \_\_\_\_\_. Aux termes d'un courrier du 17 mai 2011, la caisse a attiré l'attention de l'assurée sur les points suivants : "Lors de notre entretien téléphonique du 30 mars 2011, vous nous avez expliqué que la note d'honoraires de 4'500.00 Pesos argentins concernant les soins et l'assistance de l'infirmière Mme G. \_\_\_\_\_ durant votre séjour du 16 au 25 janvier 2011 à la Clinique « Fondation Q. \_\_\_\_\_ » relevait d'une propre initiative, car vous ne vouliez pas rester seule dans la chambre. Nous vous avons clairement dit que ces frais ne pouvaient pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins étant donné que ceux-ci ne sont pas considérés comme des soins effectués en urgence mais volontairement. Il en va de même de la facture de 8'250.00 Pesos argentins de l'infirmière Z. \_\_\_\_\_ lors de votre retour à domicile. [...] Par ailleurs, l'assurance complémentaire S. \_\_\_\_\_ précise qu'elle intervient en complément des prestations prévues par l'assurance obligatoire des soins. Ces indications sont mentionnées à l'adresse ci-dessous et [nous] vous laissons le soin de vous y référer :[...]" Par écrit du 28 mai 2011, l'assurée a requis le remboursement des factures émanant, d'une part, de l'infirmière qui l'avait soignée à la Clinique C. \_\_\_\_\_, et, d'autre part, de l'infirmière à domicile qui l'avait prise en charge sur ordre de son médecin traitant et, surtout, suite à son désir de retourner chez elle le plus tôt possible. Pour le surplus, elle s'est à nouveau référée aux prestations devant être englobées dans sa couverture complémentaire de soins S. \_\_\_\_\_, et a souligné qu'elle se trouvait dans une situation

financière difficile. Par décision du 30 juin 2011, la caisse a signifié à l'assurée qu'elle refusait de prendre en charge les montants facturés par les infirmières G. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ à hauteur de 3'001 fr. 30 (ARS 12'750), conformément au décompte de prestations du 4 avril 2011. Dans ce contexte, elle a en particulier observé que son service médical confirmait que les traitements en question ne relevaient pas de l'assurance obligatoire des soins, mais qu'il s'agissait de traitements volontaires sans caractère urgent démontré. Concernant l'assurance complémentaire S. \_\_\_\_\_, la caisse a souligné qu'aucune prestation ne pouvait être allouée à l'intéressée sur cette base, dans la mesure où ladite assurance ne prenait pas en charge les traitements volontaires à l'étranger; il demeurait toutefois loisible à l'assurée de déférer l'affaire auprès de l'instance judiciaire compétente en la matière. Sous la plume de son mandataire F. \_\_\_\_\_, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision par acte du 19 juillet 2011. Pour l'essentiel, elle a fait valoir qu'elle avait droit au remboursement des deux factures émises les 16 et 25 janvier 2011 par les infirmières G. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ pour les soins dispensés respectivement en clinique puis à domicile, dès lors que ces soins avaient été prodigués sur ordre médical et ne résultaient donc pas d'un traitement volontaire à l'étranger. Elle a ajouté qu'elle s'était rendue en Argentine pour voir sa famille et non pour suivre un traitement médical, qu'elle avait à l'origine prévu de retourner en Suisse par avion le 27 janvier 2011, que son hospitalisation en urgence à la Clinique C. \_\_\_\_\_ l'avait contrainte à repousser la date de son départ et à prendre un nouveau billet d'avion pour le 9 février 2011, et que ce changement de vol lui avait occasionné des frais supplémentaires à hauteur de ARS 640 (selon un récépissé dûment annexé), montant dont elle estimait qu'il devait également être pris en charge par la caisse. Par décision sur opposition du 21 mars 2012 notifiée à F. \_\_\_\_\_, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 30 juin 2011. Dans sa motivation, elle a notamment fait état de ce qui suit : "Comme déjà indiqué dans notre courrier du 17 mai 2011, nous avons expliqué à Mme L. \_\_\_\_\_, lors de notre entretien téléphonique du 30 mars 2011, que les soins et l'assistance lors de son hospitalisation ainsi que les soins infirmiers lors de son retour à domicile ne sont pas considérés comme des soins effectués en urgence, mais volontaires, car ils relèvent d'une propre initiative vu qu'elle ne voulait pas rester seule dans la chambre ainsi qu'à son retour à domicile. Sur cette base, nous [...] confirmons que les soins effectués par des infirmières à titre privé ne sont pas des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (article 25 à 31 LAMal). Dans sa lettre du 28 mai 2011, Mme L. \_\_\_\_\_ nous indique que selon l'article 6, chiffre 2 des conditions particulières de l'assurance complémentaire S. \_\_\_\_\_, la somme assurée est destinée au remboursement des frais d'hospitalisation pour les traitements reconnus au sens de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal). De plus, dans ce même courrier, elle fait également référence à l'article 7, chiffre 1 des mêmes conditions en y stipulant « Mon hospitalisation ne peut être interprétée comme un traitement volontaire à l'étranger. Le sens de cet article est d'éviter un voyage à l'étranger pour s'y soumettre à un traitement à charge de S. \_\_\_\_\_. Par contre, j'ai le droit de bénéficier des soins d'une infirmière pendant mon hospitalisation. Donc votre argument que cela relevait d'une initiative personnelle ne respecte pas ce droit ». Ses écrits ne relèvent que de sa propre interprétation et de plus, nous sommes forts surpris de ces propos car à aucun moment, nous avons évoqué cet article dans notre courrier du 17 mai 2011. [...] B. Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assurée a recouru le 17 avril 2012 (date de l'envoi sous pli recommandé) auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à ce que l'intimée prenne en charge, soit par le biais de

l'assurance obligatoire des soins, soit par le biais de l'assurance complémentaire S. \_\_\_\_\_, le coût du trajet en taxi effectué le 16 janvier 2011 pour se rendre à la Clinique C. \_\_\_\_\_ à concurrence de ARS 120, les frais liés au report du vol de retour pour la Suisse à hauteur de ARS 640, ainsi que les notes d'honoraires des infirmières G. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ se chiffrant respectivement à ARS 4'500 et ARS 8'250. Sur le fond, elle précise tout d'abord qu'elle ne dispose d'aucun reçu concernant le parcours en taxi effectué le 16 janvier 2011. S'agissant en outre du remboursement des soins infirmiers, elle fait en substance valoir qu'une infirmière a été mandatée par son médecin traitant sur place afin de lui dispenser certains traitements et de la surveiller, et que ce même médecin a subordonné son départ de la clinique à la condition qu'elle se fasse soigner à domicile par une infirmière chargée d'effectuer certains traitements indispensables. Pour le surplus, elle joint à son recours un onglet de pièces se rapportant essentiellement aux écritures échangées jusqu'alors avec la caisse. Par acte du 21 juin 2012, la caisse a conclu au rejet du recours en ce qu'il vise l'assurance obligatoire des soins, respectivement à l'irrecevabilité du recours en ce qu'il se rapporte à l'assurance complémentaire S. \_\_\_\_\_. En ce qui concerne plus particulièrement ce dernier aspect, elle observe que l'assurée n'a pas valablement ouvert action concernant sa couverture d'assurance complémentaire, se limitant à déposer un recours contre la décision sur opposition du 21 mars 2012. La caisse estime par ailleurs ne pas avoir la qualité pour défendre, et relève que l'intéressée aurait dû agir à l'encontre de J. \_\_\_\_\_ Assurances SA. Enfin, elle souligne que la Cour de céans n'est pas compétente en matière d'assurance complémentaire selon la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1). A l'appui de son écriture du 21 juin 2012, la caisse produit notamment un avis du 30 mai 2012 de son médecin-conseil, le Dr X. \_\_\_\_\_. Aux termes de ce document, ce praticien confirme en substance que les soins infirmiers en cause sont constitutifs d'un traitement volontaire, sans caractère urgent démontré. A teneur d'un écrit non daté, réceptionné par la Cour de céans le 12 juillet 2012, la recourante apporte les précisions suivantes : "[...] La prime de FRS 5.00 concerne S. \_\_\_\_\_ et a toujours été facturée par Y. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA pendant 12 mois 2011 et payée à Y. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA [...]. [...] Vu ce qui précède les frais de l'assistance d'une infirmière à la Clinique et au domicile ordonnées par le médecin traitant sont à prendre en charge par l'assurance complémentaire S. \_\_\_\_\_ au cas où l'assurance de base ne peut les accepter. Le médecin traitant a demandé à Mme L. \_\_\_\_\_ si elle disposait d'une assurance couvrant les frais d'infirmières pour un traitement de maladie à l'étranger? Mme L. \_\_\_\_\_ a répondu positivement en pensant à S. \_\_\_\_\_ et le médecin a mandaté les infirmières responsables des soins à la clinique et à domicile. D'ailleurs les frais facturés par les infirmières Mme G. \_\_\_\_\_ et Mme Z. \_\_\_\_\_ sont de loin inférieurs à ceux appliqués dans notre région. [...] [...] Refus de rembourser les frais de taxi de 120.00 Pesos argentins. L'article 6 selon les Conditions particulières de l'assurance S. \_\_\_\_\_ – Prestations assurées – dit sous paragraphe 4 : "Transports nécessités par le traitement vers le centre hospitalier le plus proche". En plus la publicité S. \_\_\_\_\_ dit : "Prestations principales["] – Traitements d'urgence à l'étranger S. \_\_\_\_\_ jusqu'à Fr[.] 100'000 par année [et] Transports d'urgence, recherche et sauvetage S. \_\_\_\_\_ jusqu'à Fr[.] 100'000 par année[.] Si les frais liés au changement de vol de retour en Suisse, indispensables afin de ne pas perdre la validité du billet de retour, ne peuvent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, ces frais sont à rembourser par l'assurance complémentaire S. \_\_\_\_\_. Ces frais ne peuvent être interprétés comme des frais personnels même dans un sens large du terme, mais ce sont des

frais étroitement liés à la maladie. A mon avis mon recours du 16 [recte : 17] avril 2012 contre Y. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA et S. \_\_\_\_\_, les deux faisant partie du J. \_\_\_\_\_ Assurances SA, à [...][,] est recevable." Parmi les pièces produites par l'assurée dans ce contexte, figure notamment le récépissé attestant le paiement des primes afférentes à l'assurance-maladie obligatoire et à l'assurance-maladie complémentaire pour le mois de janvier 2011, en mains d'Y. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA. Par acte du 20 juillet 2012, la caisse confirme sa position. C. Par arrêt séparé de ce jour, la Cour de céans a rejeté le recours déposé le 17 avril 2012 par la recourante s'agissant de l'assurance obligatoire des soins (AM 23/12 – 45/2012). E n d r o i t : 1. Le contrat d'assurance litigieux, qui porte sur une assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, relève du droit privé. Il est soumis à la législation civile fédérale, notamment à la LCA, et non pas à la législation de droit public sur l'assurance-maladie sociale (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal; RS 832.10]; cf. art. 12 al. 2 et 3 LAMal). A cet égard, on soulignera que les Conditions particulières de l'assurance S. \_\_\_\_\_ ([...] – [...]) renvoient en préambule aux Conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires de J. \_\_\_\_\_ Assurances SA ([...] – [...]), dont l'art. 1 précise que, pour autant que les conditions du contrat ne prévoient pas de dérogation, le contrat d'assurance est régi par les prescriptions de la LCA. Le 20 mai 1996, le Grand Conseil avait adopté le Décret relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie (DTAs-AM; ancienne référence RSV : 173.431). Cela visait, précisément, les assurances complémentaires selon la LCA. Après que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a remplacé, le 1 er janvier 2009, l'ancien Tribunal des assurances, le décret de 1996, toujours en vigueur, a été interprété dans le sens que cette cour du Tribunal cantonal était compétente pour traiter ce contentieux, en appliquant sur le plan formel les règles de procédure administrative (cf. JT 2009 III 106). Le 16 décembre 2009, le Grand Conseil a adopté le Décret abrogeant celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ce nouveau décret, qui a pour seul objet d'abroger le décret de 1996, est entré en vigueur le 1 er janvier 2011. Ainsi, depuis le 1 er janvier 2011 dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurance et les assurés sont dans la compétence du juge ordinaire (cf. art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance; RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal n'est donc plus compétente. A noter que les anciennes règles de compétence et de procédure ne s'appliquent plus lorsque la demande a été introduite à partir du 1 er janvier 2011 (cf. art. 404 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272]). 2. En matière d'assurances complémentaires soumises à la LCA, c'est donc la voie de l'action qui entre en considération, et non la procédure juridictionnelle administrative (cf. TF 9C\_873/2007 du 22 août 2008 consid. 1). Cela étant, si l'assurée souhaitait faire valoir des prétentions découlant d'une assurance complémentaire, elle aurait dû procéder par la voie de l'action. Or, l'intéressée s'est limitée à interjeter recours le 17 avril 2012 à l'encontre de la décision sur opposition rendue le 21 mars 2012 par Y. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA. Toutefois, dans son recours, l'assurée conclut à ce que divers frais occasionnés en Argentine (notes d'honoraires des infirmières G. \_\_\_\_\_ [ARS 4'500] et Z. \_\_\_\_\_ [ARS 8'250], frais de taxi [ARS 120], coûts engendrés par le report du vol de retour en Suisse [ARS 640]) soient pris en charge par son assurance-maladie complémentaire S. \_\_\_\_\_ s'ils ne devaient pas être remboursés par

son assurance-maladie obligatoire. Elle prend donc des conclusions à l'encontre de son assureur-maladie complémentaire. Dans ce sens, le recours du 17 avril 2012 doit être considéré comme un acte introductif d'instance (demande) visant à l'octroi de prestations de l'assurance-maladie complémentaire. A noter qu'Y. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA soutient qu'elle n'a pas la qualité pour défendre en matière d'assurances complémentaires, mais que l'intéressée aurait dû procéder à l'encontre de J. \_\_\_\_\_ Assurances SA. Il est vrai que les conditions générales d'assurance applicables dans le cas particulier sont établies au nom de J. \_\_\_\_\_ Assurances SA (étant libellées comme suit : Conditions générales pour les assurances maladie et accidents complémentaires du J. \_\_\_\_\_ Assurances SA) et qu'elles mentionnent, à titre préliminaire, que le J. \_\_\_\_\_ Assurances SA est assureur conformément aux dites conditions générales d'assurance. On relèvera néanmoins, à l'instar de l'assurée, que les primes d'assurance-maladie complémentaire S. \_\_\_\_\_ ont été perçues par Y. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA (à tout le moins pour le mois de janvier 2011, cf. récépissé produit par l'assurée en juillet 2012, let. B supra) et que cette caisse s'est par ailleurs exprimée, aux termes de sa décision du 30 juin 2011, sur la prise en charge des prestations réclamées par l'intéressée par le biais de sa couverture de soins complémentaire, considérant qu'il n'existait aucun droit aux prestations sous cet angle et l'invitant, en cas de désaccord, à contester cette prise de position devant l'instance judiciaire compétente. Quoiqu'il en soit, cette question n'a cependant pas à être examinée plus avant dès lors qu'elle relève de la compétence de la juridiction ordinaire. En effet, comme exposé plus haut, l'écrit adressé le 17 avril 2012 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal doit être considéré comme un acte introductif d'instance (demande), déposé dans le but d'obtenir une prestation prévue par un contrat d'assurance complémentaire. Or, il résulte du considérant précédent que la Cour de céans n'est pas compétente pour instruire et juger cette affaire. La demande doit donc être déclarée irrecevable. Il convient d'appliquer, pour le présent jugement, les règles de procédure administrative, en l'occurrence les règles pertinentes pour la Cour des assurances sociales, lorsqu'elle statue dans le cadre d'une action de droit administratif (art. 106 ss LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). La composition de l'autorité juridictionnelle est fixée à l'art. 94 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD. En l'espèce, comme la valeur litigieuse est à l'évidence inférieure à 30'000 fr., il incombe à un membre de la Cour des assurances sociales de statuer en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 3. Il se justifie de statuer sans frais ni dépens. Par ces motifs, la juge unique : I. Déclare la demande irrecevable. II. Dit qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du Le jugement qui précède est notifié à : ■ F. \_\_\_\_\_ (pour la demanderesse), ■ Y. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA, par l'envoi de photocopies. Un appel au sens des art. 308 ss CPC ou un recours au sens des art. 319 ss CPC, selon que la valeur litigieuse est ou non supérieure à 10'000 fr., peut être formé dans un délai de 30 jours dès la notification de la présente décision en déposant au greffe du Tribunal cantonal un mémoire écrit et motivé. Le jugement objet du recours doit être joint. La greffière :